

診療情報提供書

(通所リハビリテーション医師の指示書)

介護老人保健施設 八尾徳洲苑行

利用者	ふりがな		男 ・ 女
	氏名		
	生年月日	年 月 日 生 (歳)	
	現住所	〒 -	

病名	
現病歴	
既往歴	
処方内容	
利用上の御意見	

上記、利用者に関して通所リハビリテーションの利用を指示します。	
所在地	
TEL	
医療機関	
担当医	⑩
	年 月 日